

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Henri-Louis MINON

PRONOSTIC COMPARÉ

DES VARIÉTÉS COMPLÈTES

ET

DÉCOMPLÉTÉES MODE DES FESSES

DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

PRÉSIDENT : M. BUDIN, Professeur.

JUGES } MM. GUYON, Professeur.

 } MARION,
 } DEMELIN,

} Agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et Matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		DEJERINE.
		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale.		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement.		PINARD.
Clinique gynécologique		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter à nos juges ce modeste travail, il est un devoir, consacré par l'usage, auquel nous sommes heureux d'obéir, c'est celui de manifester à nos maîtres l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous n'avons pas oublié les leçons de *M. le Docteur Périer* qui a bien voulu nous accueillir à notre entrée dans le monde médical, dans son service de chirurgie à l'hôpital Lariboisière.

A *M. le Docteur Landrieux*, merci pour la bienveillance qu'il a toujours manifestée à notre égard; nous avons puisé dans son service les premiers éléments de gynécologie médicale, et commencé nos études de médecine générale.

Nous donnons respectueusement l'assurance de nos vifs remerciements à *M. le Docteur Brault* qui, par un intéressant enseignement journalier au lit du malade, nous a appris les finesses de la clinique médicale.

Que *M. le Docteur Michaux*, chirurgien de l'hôpital Beaujon, reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance pour le sympathique accueil qu'il nous a tou-

jours fait ; nous n'avons pas oublié que c'est grâce à ses leçons cliniques et à ses conseils que nous avons été initié aux secrets de la grande et prudente chirurgie, et avons complété nos notions de gynécologie.

Merci à *M. le Professeur Kirmisson* pour les leçons d'orthopédie et de chirurgie des enfants qu'il nous a données à l'hôpital Trousseau.

Qu'il nous soit permis d'adresser à *M. le Docteur Bonnaire* tous nos remerciements pour l'enseignement précieux dont il nous a été donné de profiter aux leçons cliniques de la Maternité de Lariboisière.

Nous le remercions encore pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et nous lui devons une profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a généreusement ouvert son service pour y chercher les éléments de notre travail inaugural.

Que *M. le Professeur Budin* reçoive l'hommage de nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

INTRODUCTION

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres :

Dans le *chapitre I*, nous sommes entré dans quelques considérations générales sur *les variétés complètes et décomplétées mode des fesses*.

Dans le *chapitre II*, nous avons examiné le pronostic résultant du fait même de l'intervention.

Dans le *chapitre III*, nous revoyons les divers temps de l'accouchement pour nous rendre compte des accidents qui peuvent survenir. C'est dans ce chapitre que nous examinons les causes de mortalité et de morbidité du fœtus.

Dans le *chapitre IV*, connaissant alors les causes de mort et de morbidité, nous voyons dans quels cas elles sont plus ou moins réalisées ; c'est dans ce chapitre que nous faisons en réalité notre comparaison

CHAPITRE PREMIER

Dans certaines circonstances que nous n'avons pas à examiner ici, par suite de certains défauts, au lieu de l'extrémité céphalique, c'est l'extrémité pelvienne qui se présente au niveau du détroit supérieur.

On a alors une présentation de siège dont il y a plusieurs variétés : les deux plus fréquentes sont les variétés « *complète et décomplétée mode des fesses* ».

Le siège étant complet, les cuisses sont modérément fléchies sur le bassin, les jambes très fléchies sur les cuisses ; le fœtus se trouve dans une position qui ressemble à celle du tailleur assis. A côté de cette présentation, il y a des circonstances où l'on a le siège décomplété mode des fesses ; les fesses seules sont au niveau du détroit supérieur, les membres inférieurs étant repliés en attelles rigides sur les parties latérales du tronc, de telle sorte que les pieds se trouvent à hauteur du cou du fœtus.

Le siège peut alors être en décomplété au-dessus du détroit supérieur ; c'est une présentation par défaut d'engagement au cours même de la grossesse ; on a affaire au Décomplété mode primaire.

Dans d'autres circonstances, on peut avoir au niveau du détroit supérieur un siège complet, puis au moment où la femme entre en travail, le fœtus est poussé par les contractions utérines, les membres inférieurs se relèvent et s'appliquent contre le thorax du fœtus, on a dans ce cas le mode des fesses secondaire. Le pronostic pour la mère et le fœtus est très important, car ce sont les deux variétés les plus fréquentes du siège.

Lorsqu'on ouvre les auteurs classiques, on voit que presque tous sont d'accord pour admettre que la présentation « siège décomplété mode des fesses » est moins fréquente que la présentation du siège complet.

D'après la plupart de ces auteurs, les présentations du siège, examinées en bloc, se rencontrent, dans le cas de fœtus à terme, dans la proportion de 1 sur 60 environ, mais par ordre de fréquence, on trouve le siège complet, puis le siège décomplété mode des fesses.

Cependant quelques auteurs ont émis l'hypothèse, qu'en particulier chez la primipare, le siège décomplété mode des fesses est plus fréquent que le complet.

C'est ce qu'il nous a été donné de pouvoir vérifier dans les statistiques qui nous ont été aimablement offertes :

Par notre maître, M. le Docteur Bonnaire à Lari-boisière.

Par M. le Docteur Porak à la Maternité.

Enfin M. le Docteur Dubrisay nous a communiqué des statistiques provenant de la clinique Tarnier.

Si nous examinons ces statistiques qui portent sur huit années, nous voyons que nous avons rencontré la présentation du siège complet par rapport au siège décomplété mode des fesses dans la proportion des deux tiers environ.

Enfin, c'est surtout chez les primipares que nous voyons se produire le siège décomplété mode des fesses, puisque, sur 312 cas de cette variété, nous avons, 163 primipares pour 141 multipares.

Dans huit cas, nous n'avons pas trouvé la parité indiquée.

Pour le siège complet, au contraire, sur 215 cas, nous avons 121 multipares et 83 primipares, avec onze cas où la parité n'est pas notée ; le siège complet est donc plus fréquent chez les multipares, d'après nos statistiques.

En 1897, M. Bloc, sous l'inspiration de M. le Docteur Bonnaire, a fait une thèse dans laquelle il est arrivé à des résultats analogues.

A quoi tient cette prédominance du siège décomplété mode des fesses, c'est ce qu'il est difficile de déterminer.

Quant à la fréquence plus grande chez la primipare, peut-être tient-elle à une tonicité plus considérable du muscle utérin et, en particulier, du segment inférieur ?

La forme en coin du siège décomplété s'accommode peut-être mieux à la forme du segment inférieur.

Mais ce ne sont là que des hypothèses.

CHAPITRE II

Pronostic résultant de l'Intervention

L'accouchement par le siège est moins bon que par le sommet; ce dernier, en effet, est eutocique par excellence, il doit s'accomplir seul, et ne nécessite pas d'intervention.

Le siège, au contraire, qu'il soit complet ou décompleté, nécessite toujours une intervention à un moment déterminé; naturellement, nous parlons d'enfants pesant plus de 2.000 à 2.500 gr., et non pas d'avortons.

Pronostic maternel. — L'introduction de la main dans les organes génitaux de la mère pour abaisser les pieds, dégager les bras, la sortie de la tête qui nécessite toujours l'intervention, exposent à l'infection; en effet, les mains de l'opérateur introduites dans le vagin, sinon dans la cavité utérine, peuvent y amener des germes pathogènes. On comprend que la nécessité d'intervenir dans cet accouchement favorise les suites de couches pathologiques.

Il nous semble aussi qu'il est bon de noter en cet endroit que, dans les présentations du siège, les petites parties restant trop longtemps en contact du périnée,

sur lesquelles appuient d'ailleurs d'une façon inégale, deviennent un agent de divulsion. Le pronostic qui en résulte, sans être grave, peut être quelquefois sérieux ; car, outre que la déchirure est une porte ouverte à l'infection, elle favorise dans la suite le prolapsus de l'utérus et toutes les inflammations chroniques.

Pronostic concernant l'enfant — Mais c'est surtout pour l'enfant que l'intervention donne un pronostic sévère, tant au point de vue de la mortalité que de la morbidité.

Parmi les traumatismes déterminés par l'extraction on a signalé : des fractures de l'humérus, du fémur, de la clavicule ; des fêlures, des enfoncements du crâne ; des disjonctions de l'occiput entre les parties basilaire et écailleuse (SCHROEDER), du maxillaire inférieur au niveau de sa symphyse, de la colonne vertébrale. On a signalé encore du décollement des cartilages épiphysaires, des paralysies portant principalement sur le plexus brachial, des épanchements sanguins dans les muscles, le tissu cellulaire, les séreuses ; enfin, des excoriations du plancher de la bouche et, même, des perforations ; ces derniers accidents gênent toujours la succion ; ils peuvent, en outre, être le prélude d'abcès qui apporteront une gêne également à la respiration ; le pus peut être déversé dans le larynx et la trachée, d'où asphyxie.

Les hémorragies méningées sont une des causes de mort les plus invoquées. Pour CRUVEILHIER, elles en

seraient responsables dans un tiers des cas ; elles sont dues à des tractions exercées sur la tête et le cou, et, dans des cas spéciaux, le mécanisme de l'hémorrhagie doit être la plupart du temps rapporté à des déchirures vasculaires.

On voit donc que le pronostic résultant de ce seul fait que l'on doit intervenir est déjà assez sérieux, surtout pour l'enfant, car, pour la mère, les chances d'infection deviennent de plus en plus minimales avec les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie.

CHAPITRE III

Pour se rendre compte de la gravité plus ou moins grande du pronostic résultant de la présentation du siège, complet ou décomplété mode des fesses, il faut redire les phénomènes mécaniques de l'accouchement, il faut en revoir les différents temps, c'est de cette façon seule que nous pouvons nous rendre compte des accidents qui peuvent survenir, et c'est à cette étude que nous allons consacrer ce chapitre. On retrouve les six temps comme dans l'accouchement par le sommet.

1^{er} Temps ou temps d'amoindrissement.—

Pelotonnement du fœtus. Dans la variété « siège complet », le fœtus a le siège au niveau de l'aire du détroit supérieur : le siège tend à s'engager, à descendre dans le bassin osseux, mais la circonférence formée ainsi par le siège est trop large, il faut qu'elle diminue. Les cuisses se fléchissent davantage sur le bassin, appuient plus fortement sur le ventre, flexion plus complète des jambes sur les fesses, les pieds se relèvent sur les jambes ; en même temps, la partie inférieure de la colonne vertébrale se fléchit, ce qui abaisse

le sacrum. Dans le décomplété, il y a application plus intime des attelles, application déjà produite au cours de la grossesse.

2^e Temps ou temps d'engagement. — Descente du siège qui pénètre dans l'exavation pelvienne, s'y engage avec lenteur, arrive sur le plancher péri-néal, et de la part de ce dernier on a alors une résistance active.

3^e Temps ou rotation intra-pelvienne du siège. — Le siège doit exécuter un mouvement de rotation tel que le diamètre bi-trochantérien vienne se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pubien.

La hanche antérieure, c'est-à-dire la plus rapprochée de la symphyse du pubis, vient se mettre en rapport avec elle.

Jusque là, il y a peu à dire ; que le siège soit complet ou décomplété, peu d'accidents peuvent survenir.

4^e Temps : dégagement du siège et du tronc. — La rotation faite, le fœtus tourne, il doit se dégager, apparaître à la vulve.

Dans le complet, les membres inférieurs apparaissent en même temps que le siège, le tronc s'infléchit suivant la courbe de l'excavation pelvienne, puis il remonte selon l'axe du détroit inférieur pour sortir au niveau de la vulve. Au fur et à mesure qu'il se dégage, le siège se redresse de plus en plus. Pendant le dégagement de l'abdomen et du tronc, les épaules péné-

trent dans l'excavation en s'orientant suivant le diamètre oblique, elles s'engagent alors, puis, arrivées au niveau du bassin subissent un mouvement de rotation qui les ramène a la ligne médiane pour le « *dégagement* ». C'est à ce moment là « *dégagement des épaules* » qu'il faut intervenir, si l'on a tiré trop tôt et que les bras se sont relevés.

Les épaules une fois sorties, nous en sommes au :

5^e Temps Rotation intra-pelvienne de la tête. — Ce mouvement ramène le menton sur la ligne médiane et l'occiput sous la symphyse pubienne ; de là, il s'ensuit naturellement que le dos est ramené en avant.

6^e Temps. Dégagement de la tête. — On voit successivement apparaître, au niveau de la commissure postérieure, le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front, puis la région comprise en arrière de la circonférence sous-occipito-frontale.

Donc, jusqu'au troisième temps, peu à dire ; le quatrième temps s'accomplit facilement aussi ; il n'y a qu'à défléchir les membres.

En somme, il n'y a, dans l'accouchement par le **siège complet**, de véritables difficultés que pour les épaules et surtout la tête, pour laquelle, on est souvent obligé de recourir à la manœuvre de Mauriceau qui constitue ainsi le dernier temps fréquent, mais non obligé de l'accouchement par le siège. Cette manœuvre, que nous n'avons pas à décrire ici, repose

sur le principe d'accommodation qui régit tous les temps de l'accouchement et a pour but d'adapter aux diamètres du détroit inférieur les diamètres de la tête.

Dans le **siège Décompleté mode des fesses**, les

1^{er} temps, amoindrissement,

2^{me} temps, engagement.

3^{me} temps, rotation intra-pelvienne du siège,

sont faciles également, comme dans le siège complet. Mais le **4^{eme} temps, dégagement du siège et du tronc**, offre ici plus de difficultés.

L'inflexion est gênée (TARNIER) par les deux attelles rigides qui peuvent bien s'amoindrir dans le sens postérieur, mais difficilement, dans le sens latéral.

Les membres sont difficiles à infléchir, empêchent l'inflexion latérale du siège et du tronc nécessaire au dégagement, et l'on est forcé d'intervenir. Voilà déjà une difficulté plus grande.

Quant aux épaules et à la tête, il en est, pour le siège décompleté mode des fesses, de même que pour le siège complet.

Maintenant que nous avons revu les différents temps du mécanisme de l'accouchement, voyons les **causes de mortalité** du fœtus.

En 1^{er} lieu. — La lenteur du travail, lenteur produite dans les deux cas.

La dilatation est, dans les présentations du siège, plus lente que pour le sommet, car la partie fœtale n'appuie pas aussi bien.

2° Cause de mort et de morbidité. — La rupture prématurée des membranes qui doit se rapporter à une insertion du placenta sur le segment inférieur.

Cette fréquence plus grande de la rupture prématurée des membranes dans la présentation du siège tient d'ailleurs à ce fait que l'insertion du placenta sur le segment inférieur étant une des causes les plus fréquentes des présentations vicieuses du fœtus, nous devons, par cela même aussi, dans ces présentations, retrouver plus souvent mentionnée une de ses principales complications.

3°. — Le défaut d'engagement de la partie fœtale, ce qui nécessite une intervention précoce.

4°. — Enfin la lenteur de la sortie et de l'extraction du siège aggrave le pronostic.

Le siège étant sorti, et le tronc également au dehors, nous arrivons à d'autres accidents.

5°. — La présentation du siège, que ce dernier soit complet ou décompleté, est une cause fréquente de procidence du cordon. Si l'on n'a pas fait une anse dès que l'ombilic apparaît à la vulve, le cordon peut glisser le long du sacrum et être comprimé par la tête du fœtus.

6°. — Au moment où l'enfant est sorti des organes génitaux, sous l'influence de l'extérieur, le réflexe respiratoire se réveille.

Les diverses excitations portant sur la peau, la compression du cordon, toutes causes capables de produire, directement ou par un commencement d'asphyxie, le réflexe respiratoire, exercent leur action sur le fœtus quand il est en partie sorti et que l'extraction s'effectue lentement.

Il en résulte une pénétration, dans les voies aériennes, de mucosités vaginales mélangées au méconium et au liquide amniotique, ce qui produit une entrave à la sortie, à l'entrée de l'air dans les conduits respiratoires.

Dans certains cas d'obstruction totale, l'enfant est mort. De plus, on peut se trouver en présence d'une affection vaginale; les agents infectieux ne peuvent-ils également arriver jusqu'aux poumons et déterminer ainsi une broncho-pneumonie?

7°. — La rétention de la tête par le col utérin insuffisamment dilaté, quand l'orientation se fait mal, voilà encore un accident grave susceptible de déterminer la mort du fœtus. Il est à craindre, en ce sens que la résistance à la sortie de la tête est considérable; l'extraction est ainsi prolongée au moment où souvent le moindre retard peut devenir la cause de la mort de l'enfant.

Nous croyons devoir signaler ici que cette complication peut devenir, par suite de tractions intempest-

tives de la part de l'accoucheur, le point de départ d'accidents redoutables en déterminant des déchirures étendues du col et du segment inférieur. Ces déchirures sont en effet susceptibles d'occasionner la mort de la femme par hémorrhagie.

8^e. — Décollement prématuré du placenta. Un autre danger grave pour le fœtus est celui qui résulte du décollement prématuré du placenta, décollement produit par la rétraction des parois utérines sur le placenta, lorsque la tête a franchi l'orifice utérin. Le placenta décollé, les phénomènes d'hématose qui ont ordinairement lieu dans cet organe ne peuvent plus se produire, d'où souffrance de l'enfant; si alors, pour une raison quelconque, redressement des bras, déflexion de la tête, résistance de l'orifice utérin, l'extraction tarde à se produire, le fœtus se trouve menacé d'asphyxie, par suite de l'interruption de la circulation utéro-placentaire.

9^e. — Lenteur d'extraction des épaules et de la tête. C'est là surtout que le fœtus meurt. Nous parlerons ici de deux anomalies qui rendent encore le pronostic mauvais.

Les membres se relèvent rarement sur les côtés de la tête ou devant la face lorsque l'expulsion est abandonnée aux seuls efforts de la nature.

Dans les cas, au contraire, où l'on a exercé des tractions sur les pieds et sur les hanches, ces anomalies sont fréquentes. Cette élévation des membres supérieurs sur les côtes ou au-dessus de la tête apporte

un obstacle assez grand à la terminaison de l'accouchement, la tête se trouvant, d'ailleurs par les mêmes causes, également défléchie dans la majorité des cas.

Ces deux anomalies accidentelles du mécanisme de l'accouchement par le pelvis ne sont pas sans danger pour la vie du fœtus, qui souvent, par suite du retard apporté à l'expulsion, fait des mouvements respiratoires prématurés.

La difficulté du dégagement des bras ainsi relevés peut faire subir au fœtus des traumatismes graves.

Aussi dans le cas de siège, l'on se garde bien d'intervenir tant que le siège n'est pas à la vulve ; il faut se hâter une fois que le siège est sorti.

CHAPITRE IV

Connaissant maintenant les causes de mort et de morbidité, nous allons voir dans quels cas elles sont plus ou moins réalisées. C'est donc en réalité dans ce chapitre que nous faisons la comparaison qui a servi de titre à ce travail inaugural.

Siège complet. — CONDITIONS DÉFAVORABLES

La dilatation est plus lente que dans le décomplété, pourquoi ? parce que les parties fœtales irrégulières rendent la dilatation moins facile que dans le décomplété. Dans le siège complet, il n'y a en général pas d'engagement, le siège reste au-dessus du détroit supérieur et n'a aucune tendance à pénétrer à l'intérieur de l'excavation pelvienne ; on se trouve par conséquent dans l'obligation d'intervenir, ce qui est, nous le savons, une circonstance désavantageuse.

La lenteur, le défaut de dilatation, le manque d'engagement, sont des conditions qui mettent quelquefois l'accoucheur dans la nécessité d'avoir recours à l'intervention.

La tête dernière éprouve souvent un ralentissement

dans son expulsion ; alors, si l'on tire trop, les bras se relèvent, d'où nouvelle complication.

Du reste, à ce dernier point de vue, il en est de même dans le siège décomplété.

CONDITIONS FAVORABLES.

Lorsqu'on ouvre le traité classique de TARNIER ET CHANTREUIL, Vol I, page 669, on y lit : « *Le Professeur Paul Dubois* insistait dans ses leçons sur ce point et il a souvent montré à ses élèves que dans les présentations de l'extrémité pelvienne, il était heureux que les membres pelviens restassent pelotonnés autour du siège, car les parties molles, largement dilatées par une présentation volumineuse, laissent ensuite passer facilement le tronc et la tête. »

Il y a cela de favorable dans le siège complet, que c'est une présentation plus fréquente chez les multipares, parce que, dans ce cas, la dilatation se fait bien, l'accouchement s'effectue plus facilement, la tête est expulsée plus vite ; de plus, si l'on a à intervenir, on pénétrera plus aisément dans les parties génitales, d'où la possibilité d'agir vite.

Par suite de la mollesse particulière des tissus de la mère, la tête a aussi moins de chances d'être retenue au niveau du plancher pelvien.

Siège décomplété mode des fesses

CONDITIONS DÉFAVORABLES

Les premiers temps de l'accouchement se passent

bien, mais les phénomènes mécaniques nécessaires pour amener le siège à la vulve rendent très lente l'extraction du siège, par suite de la difficulté qu'éprouve le tronc à s'infléchir latéralement ; cette inflexion, nullement facile dans le décomplet, est au contraire aisée dans le complet.

Comme l'a dit le PROFESSEUR TARNIER, quand l'accouchement par le siège décomplet mode des fesses offre des difficultés, elles sont considérables « en égard au relèvement en attelles » des membres au devant de l'abdomen et du thorax.

Il est de toute évidence que les deux membres inférieurs relevés le long du corps du fœtus gênent pour l'inflexion latérale du tronc ; les membres ainsi relevés remplissent absolument le rôle de deux bâtonnets de bois qui maintiendraient un membre fracturé. Ceci est très mauvais et rend grave le pronostic vis-à-vis de la mortalité du fœtus.

En outre, lorsqu'on est obligé d'intervenir dans le cas de siège décomplet mode des fesses, les interventions, quelles qu'elles soient, sont beaucoup plus délicates que dans le siège complet : on n'a pas, comme dans cette dernière présentation, un membre inférieur tout prêt à être saisi pour nous permettre de tirer sur le tronc du fœtus, tractions qui doivent être faites, du reste, suivant les règles et avec des précautions que nous n'avons pas à examiner ici ; l'intervention est de plus un peu élevée, alors que le siège est encore dans l'excavation pelvienne.

Donc, difficulté de l'expulsion, difficulté de l'inter-

vention, voilà le lot de la présentation du siège décomplété mode des fesses.

La sortie des épaules s'effectue comme dans le complet, il n'y a pas à insister.

Mais, pour l'expulsion de la tête dernière, nous avons de plus grandes difficultés; en effet, sur le plancher pelvien on a eu une masse moins volumineuse dans le décomplété que dans la variété complète.

Le siège décomplété présente une masse plus mince, plus étroite; il en résulte que le plancher pelvien est moins préparé.

De plus, la variété décomplétée mode des fesses se rencontre plus souvent chez les primipares, la variété complète, au contraire, chez les multipares; voilà encore un point qui assombrit le pronostic. En effet, chez la primipare, le releveur de l'anus, le plancher pelvien, la vulve plus étroite, offrent plus de difficultés, plus de gêne que chez la multipare.

CONDITIONS FAVORABLES.

Il y a des présentations du siège décomplété mode des fesses définitives, sur lesquelles M. LE PROFESSEUR BUDIN a longuement insisté, à juste titre. Ces présentations s'engagent dans les derniers temps de la grossesse, rendant parfois le diagnostic très difficile, il est vrai, mais donnant ainsi une marche du travail meilleure par suite de cet engagement précoce, d'où non intervention, par conséquent avantage sur le siège complet.

Le périmètre du siège complet est certainement supérieur à celui du siège décomplété mode des fesses,

de sorte que dans le premier cas, on a ainsi en rapport avec l'orifice utérin, une masse plus volumineuse que dans le second. Ce fait appréciable à la simple inspection, se vérifie très facilement; il suffit, pour se rendre compte de son exactitude, de prendre un enfant qui vient de naître et de mesurer avec un ruban la circonférence maxima de l'extrémité pelvienne en variété complète et en variété décomplétée mode des fesses.

Mais, examinons un instant la situation du fœtus dans ces deux positions « siège complet, siège décomplétée mode des fesses »; ne semble-t-il pas que la forme conique que présente l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses peut s'adapter mieux à la forme du détroit inférieur, en s'appuyant sur l'orifice utérin, et produire en s'insinuant entre ses bords une dilatation plus facile, jouant en quelque sorte le rôle du ballon de Champetier de Ribes.

Il est, en outre, un autre élément dont il faut tenir grand compte, *et c'est sur ce point que nous allons insister* : nous voulons parler de la présence des membres inférieurs le long du thorax, au point de vue des dimensions du périmètre thoracique, et, par suite, du passage de la tête dernière à travers l'orifice utérin d'une part, à travers l'orifice vulvaire d'autre part.

Nous savons que dans la présentation du siège, c'est au moment de l'accouchement de la tête que l'enfant court le plus de risques, et on pense généralement que le passage de cette tête, tant à travers le col qu'à travers l'anneau vulvaire, est moins bien préparé pour

le siège décomplété mode des fesses que pour le complet.

Or, si nous mesurons la circonférence passant en arrière au niveau de l'omoplate, en avant au niveau des mollets, circonférence que nous appelons avec M. Bloc, *sous-scapulo-rétro-tibiale*, nous voyons que cette circonférence est toujours sensiblement égale au périmètre maximum du siège, et toujours supérieure aux circonférences sous-occipito-bregmatique et sous-occipito-frontale, alors même que les bras sont relevés, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables.

M. Bloc avait mesuré cette circonférence, mais il l'avait fait sur des enfants vivants, ayant respiré par conséquent, et on pouvait lui objecter qu'en agissant ainsi, on avait un thorax amplifié par la présence de l'air dans les poumons ; aussi M. le Docteur Louis Dubrisay a refait ces mensurations, mais sur des enfants morts pendant le travail, non macérés et qu'on n'avait pas insufflés. De plus, M. le Docteur Dubrisay n'a fait ces mensurations que sur des enfants pesant plus de 2000 gr., car au-dessous de ce chiffre, la tête est en général si petite, si malléable, comme cela arrive chez les prématurés, que la dystocie est bien peu importante.

Pour faire ces mensurations, on se munit d'un ruban métrique avec lequel on tasse au maximum les différents points que l'on veut mesurer.

Plaçant le fœtus dans la position du siège complet

et du siège décomplété mode des fesses, on mesure les périmètres suivants :

- a.* — La circonférence maxima du siège complet.
- b.* — La circonférence maxima du siège décomplété mode des fesses.
- c.* — La circonférence sous-scapulo-retro-tibiale prise dans les deux conditions suivantes : les bras étant appliqués le long du corps, ou relevés le long de la tête.
- d.* — La circonférence sous-occipito-bregmatique.
- e.* — La circonférence sous-occipito-frontale.
- f.* — La circonférence occipito-frontale les bras relevés le long des tempes.

Des résultats ainsi obtenus et portant sur neuf fœtus ont été relevés par M. le Docteur Dubrisay dans un tableau qui a pris place dans une étude dont il a fait une communication à la société obstétricale de France en 1904.

Pendant que nous faisons notre stage hospitalier à la Maternité de Lariboisière, M. le Docteur Dubrisay a bien voulu faire de ces mensurations plusieurs fois sous nos yeux, tout en nous donnant l'enseignement qui en résulte. Nous ne pouvons manquer de manifester à M. le Docteur Dubrisay la reconnaissance que nous lui devons pour les bons conseils qu'il nous a donnés et la bonne grâce avec laquelle il nous a permis de publier ce tableau de mensurations dans notre thèse inaugurale.

**Mensurations faites sur des foetus mort-nés
non insufflés pesant plus de 2000 grammes**

POIDS du FOETUS	CIRC. DU SIÈGE complet	Circ. du siège décomplété mode des fesses	Circ. sous-scapulo- retrotibiale		Circ. SOB	Circ. SOF	Circ. OF Bras le long des tempes
			bras relevés	bras au corps			
2.150 gr.	32	30	32	33	25,5	26,5	30,5
2.330 gr.	29	27	29	31	29	29,5	34
2.400 gr.	30	29	30	33	Perforation du crâne		
2.880 gr.	35	31	35	37	30	31,5	35,5
3.150 gr.	32	30	34	36,5	30,5	33	37,5
3.200 gr.	33,5	32	33	36,5	29	30	36
3.400 gr.	39	36,5	38,5	40	31	34	36
3.480 gr.	34	33	34,5	38,5	30	32,5	37
3 600 gr.	43	37,5	43	44,5	31,5	33	38,5

En examinant ce tableau, nous voyons :

1° que la circonférence sous-scapulo-retro-tibiale, dans le siège décomplété mode des fesses, alors même que les bras sont relevés, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables, est sensiblement égale à la circonférence du siège complet ;

2° que cette circonférence est toujours supérieure à la circonférence sous-occipito-bregmatique.

Cela ne peut-il pas, jusqu'à un certain point, nous faire penser que la variété décomplétée mode des

fesses de l'extrémité pelvienne est moins défavorable qu'on ne l'admet généralement.

Nous avons alors interrogé la **Clinique**, puisant, comme nous l'avons dit plus haut, dans les statistiques de la Maternité, de Lariboisière et de la Clinique Tarnier. Les résultats auxquels nous sommes arrivé sont identiques dans ces hôpitaux ; nous donnons ces statistiques prises séparément, et nous les faisons suivre d'un tableau général indiquant le nombre total des cas, le nombre de sièges complets, de sièges décomplets mode des fesses, la mortalité globale infantile dans l'un et l'autre cas et enfin la proportion de cette mortalité.

Après avoir examiné ces statistiques, nous verrons qu'elles sont favorables à l'opinion que nous émettions tout à l'heure : à savoir que le siège décomplet mode des fesses n'est pas si mauvais qu'on l'a admis.

CLINIQUE TARNIER

1900

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.....	12	30
Primipares	4	13
Multipares.....	8	17
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.....	1 } macérés 0 } morts 1	3 } macérés 2 } morts 1
Proportion de la mortalité infantile %.....	8,33 %	3,57 %

CLINIQUE TARNIER

1901

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.	14	25
Primipares.	5	9
Multipares.	7	10
Parité non notée.	2	6
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.	2 } <i>macérés</i> 1 } morts 1	3 } <i>macérés</i> 2 } morts 1
Proportion de la mortalité infantile %.....	7,69 %	4,35 %

CLINIQUE TARNIER

1902

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.	17	11
Primipares.	4	7
Multipares.	9	3
Parité non notée.	4	1
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.	2 } <i>macérés</i> 0 } morts 2	0
Proportion de la mortalité infantile %.....	11,76 %	0 %

CLINIQUE TARNIER

1903

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.....	16	16
Primipares.....	4	10
Multipares.....	7	5
Parité non notée.....	5	1
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.....	1 } <i>macérés</i> 0 } <i>morts</i> 1	1 } <i>macérés</i> 0 } <i>morts</i> 1
Proportion de la mortalité infantile %.....	6,25 %	6,25 %

MATERNITÉ

1900

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.....	40	73
Primipares.....	17	30
Multipares.....	23	43
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.....	6 } <i>macérés</i> 2 } <i>morts</i> 4	3 } <i>macérés</i> 1 } <i>morts</i> 2
Proportion de la mortalité infantile %.....	10,53 %	2,78 %

MATERNITÉ

1901

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.....	61	65
Primipares	25	39
Multipares.....	36	26
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.....	12 } <i>macérés</i> 5 } morts 7	6 } <i>macérés</i> 1 } morts 5
Proportion de la mortalité infantile %.....	12,50 %	7,81 %

MATERNITÉ

1902

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total.....	44	59
Primipares	23	40
Multipares.....	21	19
Mortalité maternelle...	0	0
Mortalité infantile.....	8 } <i>macérés</i> 6 } morts 2	9 } <i>macérés</i> 4 } morts 5
Proportion de la mortalité infantile %.....	5,26 %	9,09 %

LARIBOISIÈRE

1903

	SIÈGE COMPLET	SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES
Nombre total..	11	33
Primipares	1	15
Multipares	10	18
Mortalité maternelle . . .	0	0
Mortalité infantile	3 } <i>macérés</i> 2 } morts 1	6 } <i>macérés</i> 1 } morts 5
Proportion de la mortalité infantile ‰	11,11 ‰	15,62 ‰

Statistique générale des sièges complets et décomplétés mode des fesses

Clinique Tarnier. — 1900—1901—1902—1903.

Maternité. — 1900—1901—1902.

Lariboisière. — 1903.

NOMBRE TOTAL : 527 CAS.

	SIÈGE COMPLET				SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES			
		Primipares	Multipares	Parité non notée		Primipares	Multipares	Parité non notée
	215 cas	83	121	11	312 cas	163	141	8
Mortalité globale	35	<i>macérés</i> mort imputable à la présentation	16 19		31	<i>macérés</i> mort imputable à la présentation	11 20	
Proportion ‰	215 cas — 16 <i>macérés</i> = 199 donc 199 cas 19 morts d'où 9,55 ‰.				312 cas — 11 <i>macérés</i> = 301 donc 301 cas 20 morts d'où 6,64 ‰.			

Nous avons donc un total de 527 cas qui se divisent en 213 présentations du siège complet et 312 présentations du siège décomplété mode des fesses; sur ces 527 cas, la mortalité maternelle a été nulle.

Quant à la mortalité fœtale, elle a été de 35 pour les sièges complets, de 31 pour les décomplétés.

Si nous déduisons les macérés et imputons à la présentation du siège tous les autres cas de mortalité fœtale, nous avons 19 morts sur 199 cas pour le siège complet, 20 morts sur 301 cas pour le siège décomplété mode des fesses, soit : dans le premier cas (complet) une mortalité de 9,55‰, et dans le second (mode des fesses) 6,64‰.

M. BLOC était arrivé à des résultats sensiblement semblables puisqu'il avait trouvé :

10,50‰ de mortalité infantile dans le siège complet,

7,60‰ dans le siège décomplété mode des fesses.

M^{me} LACHAPELLE n'avait pas différencié et donnait, dans les présentations du siège, une mortalité globale de 1 sur 6.

PAUL DUBOIS donnait une mortalité globale de 1 sur 11.

OBSERVATIONS

M. le Docteur Bonnaire nous ayant généreusement permis de rechercher dans son service les observations ayant rapport à notre sujet, nous avons recueilli toutes celles de l'année 1903 prises sur les sièges complet et décomplété mode des fesses, mais nous avons cru utile de publier seulement les observations ayant trait à des fœtus

à terme ou près du terme et pesant un poids voisin de 3000 grammes.

OBSERVATION I

Siège complet

Eugénie B... 20 ans 1/2, ménagère. Primipare.

A son entrée à l'hôpital, le 29 janvier 1903, on constate que la dilatation est complète, on sent des petites parties fœtales, elles sont dures et l'on fait le diagnostic de siège complet.

Les bruits du cœur sont bons.

A midi, brusquement, la poche des eaux vient bomber à la vulve, et se rompt, par cela même la période d'expulsion est longue, les douleurs sont peu rapprochées. On fait demander l'interne, M. Bosc, qui peut avec grand-peine dégager les deux bras relevés bien que l'on n'ait exercé aucune traction sur les pieds.

La tête reste fixée au détroit supérieur en transverse, on ne peut arriver à appliquer le forceps.

Enfin, après des tractions très énergiques et au bout de 25 minutes environ, on dégage la tête.

Enfant du sexe masculin, assez gros, pesant 3.500 gr., en état de mort apparente.

On délivre la femme, on lui fait une injection intra-utérine iodée, et on place deux points de suture pour une déchirure légère du périnée.

On pratique l'insufflation pour l'enfant, mais à 3 h., on n'a pu encore ramener la respiration.

On pratique l'examen du bassin, le promontoire est accessible, ce qui explique l'arrêt de la tête dernière. La femme quitte l'hôpital le 8 février, sur sa demande.

OBSERVATION II.

Siège complet.

Augustine N....., 43 ans, ménagère, multipare, à sa quinzième grossesse, venue de la salle Maurice Raynaud où elle était soignée depuis deux ans pour de la paralysie, arrive à la Maternité le 4 février à 4 h. du matin.

Grossesse à terme, siège mobile en 1 G., enfant vivant, membranes intactes, dilatation comme une pièce de 2 fr. Un peu d'hydramnios, bassin normal.

4 h. 35. — Rupture spontanée de la poche des eaux, quantité exagérée de liquide amniotique.

5 h. — Extraction du siège complet, garçon étonné et ranimé en quelques minutes, poids 3.350 grammes.

Délivrance faite spontanément, immédiatement après l'accouchement. Poids du placenta 650 gr. Injection intra-utérine iodée.

Cette malade présente depuis deux ans des troubles consistant en amyotrophie, impotence fonctionnelle, d'origine probablement syphilitique.

L'état de la mère, à sa sortie de la Maternité le 17 février, est bon.

OBSERVATION III.

Siège décomplété mode des fesses.

Léa A....., couturière, primipare, arrive à l'hôpital le 25 mars à 8 h. 1/2 du matin.

Les bruits du cœur sont bons, les contractions utérines sont indolores.

Au toucher, on constate un col souple, avec une dilatation comme une pièce de 5 francs.

Dans la poche des eaux qui bombe au moment de ces

contractions indolores, on sent le cordon qui bat, on sent également l'avant-bras et la main gauches. Au fond de l'utérus et à droite se trouve la tête. On hésite entre une présentation de l'épaule et une présentation du siège avec procidence d'un bras.

En raison du procubitus du cordon, M. Bonnaire se décide à intervenir à 10 h. 1/2. Pas d'anesthésie, dilatation bimanuelle du col, durée 10 minutes, rupture de membranes à la dilatation complète; il y a très peu d'eau, probablement à cause d'une fissure antérieure des membranes. Un peu de liquide amniotique et de méconium s'étaient échappés pendant la dilatation.

On se trouve en présence d'un siège très élevé, en S I G, décomplété mode des fesses, avec procidence du bras gauche en arrière, le cordon est repoussé avec la main.

Abaissement du pied postérieur; le pied postérieur dégagé est transformé en antérieur, dégagement du second pied. Les épaules viennent facilement, expression et manœuvre de Mauriceau pour la tête.

L'enfant, né étonné, est ranimé sans insufflation au bout de dix minutes.

OBSERVATION IV

Siège complet.

Augustine J..., 26 ans, ménagère, secundipare, entre à l'hôpital le 28 mars à 9 h. 35 matin, grossesse à terme, siège complet en G. Enfant vivant. Membranes intactes, promontoire accessible.

Les membranes se rompent spontanément quelques minutes après l'arrivée, et ceci avant que les soins antiseptiques habituels au service aient été pris.

10 h. 45: extraction d'un garçon vivant, pesant 3800 grs. le dégagement du fœtus se fait sans difficultés, délivrance

naturelle complète 20 minutes après. Poids du placenta 630 grammes. Injection intra utérine iodée.

Une heure après l'accouchement, hémorrhagie assez abondante (caillots et sang liquide). La main est introduite dans l'utérus et en retire des caillots.²

Injection intra-utérine chaude (eau bouillie).

Deux seringues d'ergotine. 800 grammes de sérum.

La malade est réchauffée avec des todts et enveloppée de linges chauds.

L'état général est bon, le pouls est bien frappé.

OBSERVATION V

Siège décomplété mode des fesses.

Alice E..., 31 ans, ménagère, primipare, entre à la salle le 18 avril à 10 h. matin.

Cette femme est venue à la consultation le 19 mars. On fit alors le diagnostic de présentation du siège. On a remarqué également l'ankylose du coccyx à cette époque. Le diagnostic est le même à son entrée : siège décomplété mode des fesses en gauche transverse.

Au toucher, on constate que le col est en voie d'effacement. 3 h. soir. La malade qui jusqu'alors n'a eu que des douleurs très espacées, commence à avoir des contractions assez fortes et régulières de quinze minutes en quinze minutes.

Dilatation comme une pièce de 2 francs.

Bruits du cœur bons : 136.

6h. Au toucher, dilatation comme une paume de main. Auscultation : bruits du cœur 128.

7 h. Dilatation complète.

Modification des bruits du cœur, accélération, puis ralentissement : 160 puis 116.

M. Bosc, interne du service, fait alors l'abaissement pro-

phylactique du pied antérieur. On procède à l'expression utérine. Le forceps est appliqué sur la tête dernière retenue par le plancher périnéal.

7 h. 20. Extraction du fœtus né en état de mort apparente, garçon, poids 3250 grammes.

Désobstruction des voies aériennes. Insufflation, frictions, bains sinapisés.

Le fœtus ne peut être ranimé.

Le 4 mai, la femme part sur sa demande.

OBSERVATION VI

Siège décomplété mode des fesses.

Emilie L..., 21 ans, blanchisseuse.

Entre à l'hôpital, le 24 mai, à 10 h. du soir.

Primipare. Grossesse de 9 mois 1/2. Siège décomplété mode des fesses S I G A.

Les membranes sont intactes. Dilatation comme une pièce de deux francs.

Cette femme accuse de fortes douleurs; rupture spontanée de la poche des eaux à la dilatation complète. Malgré des efforts d'expulsion énergiques, le siège ne progresse que très lentement, les bras sont dégagés facilement, l'extraction de la tête est rendue impossible malgré la manœuvre de Mauriceau.

On fait alors une application de forceps sur la tête dernière dans l'excavation.

Extraction d'une fille ranimée au bout de quinze minutes, poids 2.800 grammes.

Délivrance naturelle complète. Injection intra-utérine iodée. L'enfant présente de l'asymétrie très marquée du visage.

OBSERVATION VII

Siège décomplété mode des fesses.

Marie Rose L....., couturière, 34 ans.

Multipare à sa troisième grossesse, entre à l'hôpital le 2 septembre à 8 h. 30 soir.

Cette femme a eu deux grossesses antérieures.

La première s'est terminée normalement.

Pour le deuxième enfant, dit-elle, il y a eu présentation de l'épaule, la femme nous dit qu'on lui a fait une version par manœuvres-internes, elle était au 7^e mois de la gestation.

L'enfant, mis en couveuse, mourut huit jours après sa naissance.

Troisième grossesse, grossesse actuelle.

Dernières règles du 6 au 9 décembre, ce qui la fait enceinte de 8 mois 1/2 environ.

Palper : partie fœtale mobile qui doit être un siège. Tête au fond de l'utérus à droite, petits membres également à droite.

● Toucher : on arrive directement sur une fesse, le coccyx, le sillon interfessier et l'anus.

Auscultation ; bruits du cœur bons, au niveau de l'ombilic et un peu à gauche.

Le col est mou, dilatable comme une pièce de 5 francs, les membranes sont intactes, les contractions sont un peu fortes et assez espacées.

9 h. 30. — La poche des eaux se rompt spontanément. Les bruits du cœur sont bons.

3 septembre, 1 h. matin. Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 2930 grammes. Délivrance naturelle et complète quinze minutes après l'accouchement. Le poids du placenta est de 475 grammes.

OBSERVATION VIII

Siège décomplété mode des fesses.

Eugénie C..., 37 ans, employée dans une fabrique de sucre, multipare à sa quatrième grossesse. Le 4 septembre, à 5 h. du matin, la malade se présente à la consultation, on fait alors le diagnostic d'une présentation du siège en S I D P.

On veut faire la version par manœuvres externes, mais la malade ne veut pas rester de suite à l'hôpital et revient le samedi matin 5 septembre.

Début de travail, premières douleurs vers trois heures après midi. Entrée de la malade à la salle de travail à 5 h. Siège net. Tête au fond de l'utérus. Des petits membres à droite de la tête. Bruits du cœur bons, au-dessus de l'ombilic à droite.

Les membranes sont rompues. Au toucher, on sent nettement une fesse, un sillon interfessier, un anus à droite où l'on introduit le doigt qui ramène du méconium.

Dilatation comme une pièce de 2 francs, le col est très dilatable.

Midi. — Dilatation comme une petite paume de main.

Les bruits du cœur sont bons.

8 h. soir. — L'enfant a rendu une assez grande quantité de méconium.

Les bruits du cœur sont bons. La dilatation n'est pas avancée.

11 h. soir. — Même état. Température 37, les contractions sont peu fortes et espacées.

1 h. matin. — Dilatation complète.

1 h. 15 matin. — Expulsion le 6 septembre 1 h. 15 d'un enfant du sexe masculin en état de syncope. Au bout de deux heures de soins, cet enfant est ranimé, crie et res-

pire malgré un larynx obstrué de mucosités qu'on ne peut atteindre. La présentation était en siège décomplété mode des fesses.

1 h. 45, délivrance naturelle et complète.

OBSERVATION IX.

Siège complet.

Louise E....., 31 ans, couturière.

Multipare à sa troisième grossesse, reçue le 14 septembre à 8 h. du matin.

M. le Dr Bonnaire fait le diagnostic de siège complet en S I D P.

Expulsion spontanée à 10 h. 30.

On fait de l'expression, mais dans le mauvais sens, le menton reste accroché à l'éminence ilio pectinée droite, deux doigts introduits alors font la rotation.

On termine par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant du sexe féminin pèse 3.200 grammes, et présente un aplatissement très net de la partie postérieure de la voûte crânienne.

Le placenta présente une dépression correspondant à la déformation de la tête de l'enfant.

OBSERVATION X.

Siège complet.

Louise D....., 29 ans. Multipare à sa septième grossesse.

Entre à l'hôpital le 25 novembre à 6 heures du soir, le col a une dilatation comme une pièce de 50 centimes. Présentation du-siège complet en D T

L'enfant est vivant, les membranes sont intactes.

Depuis 6 h. soir jusqu'au 26 novembre à 3 h. matin. la

femme éprouve des douleurs et la dilatation est alors comme une pièce de 5 francs et même un peu plus.

Puis, on observe qu'il y a très peu de contractions.

Grand bain d'une heure à 9 h. du matin.

M. le Dr Bonnâire l'examine, trouve une dilatation comme une pièce de 5 francs et constate une poche des eaux volumineuse, un siège encore assez élevé.

Les bruits du cœur sont bons.

1 h. soir. — Dilatation comme une petite paume de main, la dilatation se maintient ainsi jusqu'à 10 h. soir.

Les contractions sont irrégulières, peu fortes, la poche des eaux est intacte. Un deuxième bain est donné.

Les contractions deviennent plus fortes, plus rapprochées.

2 h. 45 matin. — La poche des eaux se rompt spontanément.

Extraction, à 3 h. 45 matin, d'une fille vivante : poids 2.830 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Poids du placenta, 450 grammes. Injection intra-utérine iodée.

CONCLUSION

L'examen du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du siège, l'observation des complications qui peuvent survenir, paraîtraient en faveur du siège complet contre le décomplété.

L'extraction du siège hors des parties génitales est plus facile dans le complet que dans le décomplété, par conséquent la mortalité infantile doit être moindre dans la variété complète.

Maintenant, si on examine les cas d'accidents qui peuvent survenir, ils sont les mêmes dans les deux variétés qui nous intéressent.

Il faut ajouter aussi que le décomplété mode des fesses se trouve plus chez les primipares, ce qui assombrit le pronostic.

Il semblerait donc que le siège-complet soit moins grave.

Et cependant, si nous interrogeons la clinique exprimée par nos statistiques, nous voyons que les résultats ne sont nullement en rapport avec les conséquences que nous tirons du mécanisme de l'accouchement.

La statistique est en effet nettement à l'avantage du siège décomplété mode des fesses, puisque sur 8 années nous avons 5 années de beaucoup favorables au siège décomplété, une année où la mortalité est la même dans les deux cas, et deux ans seulement en faveur du complet.

Pour résumer, l'ensemble des statistiques donne en faveur du décomplété une proportion nettement accusée, puisque nous avons dans le complet près de 30/0 de décès d'enfants en plus que dans le décomplété.

Nous voyons donc qu'il y a un désaccord bien net entre la clinique et les conséquences tirées de l'étude du mécanisme de l'accouchement; la dystocie ne serait pas aussi grave que l'écrivent les auteurs classiques.

Il faudrait revoir si la dilatation n'est pas plus facile dans le décomplété mode des fesses; les travaux de M. le Docteur Dubrisay sur la circonférence sous-scapulo-retro-tibiale nous feraient assez penser à une dilatation dans le décomplété plus aisée qu'on ne le croit généralement; cependant nous n'oserions donner les différents résultats des mensurations comme définitifs, le nombre de cas réunis n'étant pas assez considérable.

Nous terminerons le parallèle qui a fait l'objet de notre modeste travail en disant que, quelle que soit la présentation, il ne faut jamais se hâter d'intervenir tant que le siège est encore dans les organes génitaux; au contraire, l'on doit intervenir et rapidement, le

siège étant sorti et la tête retenue dans la cavité utérine.

Lorsque l'enfant se présente le « cul devant », a dit MAURICEAU, il faut redoubler d'attention dans ce mauvais cas où la nature l'a placé.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu :
Le Professeur :
BUDIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Ueber Behandlung der gedolpelden.
- R. BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales, 1878.
- J. L. BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. Paris 1879, pp. 514, 537, 547 et suivantes.
- BITOT. — Archives de Tocologie, 1876.
- BAILLY. — Archives de Tocologie, 1876.
- M^{me} BOIVIN. — Mémoire de l'art des accouchements, 4^e Edition. Paris 1836.
- BLOC. — Thèse 1897.
- BONNAIRE. — Semaine médicale, 1893.
- BUDIN. — Journal des praticiens, 1892.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 9^e Edition. Paris 1874. p. 349 et suivantes.
- CHANTREUIL. — Cours d'accouchements de la Faculté de Médecine (Paris.)
- CHAILLY HONORÉ. — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris 1842. p. 799 et suiv.
- CORRADI. — Commentaria dell'obstetricia in Italia (Bologne 1874.)
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872-1876, page 537.
- DESORMEAUX. — Dictionnaire: article forceps.
- DUGÈS. — Manuel d'obstétrique. Paris 1840 p. 110 et suivantes.

- PAUL DUPUY. — Traité complet d'accouchements.
Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris, 1833, t. III
p. 450 et suiv.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris, 1765,
chap. XVII p. 486 ; chap. XXV p. 893.
- HENRY DEVENTER. — Observations importantes sur le
manuel des accouchements, 1733 chap. XLV p. 267.
- GARDIEN. — Traité complet des accouchements et des mala-
dies des filles, des femmes et des enfants.
- GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement.
Paris, 1643, livre II chap. I page 143.
- GRYNFELT. — Gazette de Montpellier, 1881.
- HAACKE. — Arch. für Gynaek, 1877.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements.
Traité d'obstétrique. Paris. 1846 p. 611 et suivantes.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchements, p. 561 et sui-
vantes.
- M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, Tome II
Paris 1820.
- LENOIR, MARC SÉE, TARNIER. — Atlas complémentaire de
tous les traités d'accouchements.
- LEVRET. — Observations sur les causes et accidents de plu-
sieurs accouchements laborieux, p. 46.
- HUBERT DE LOUVAIN. — Cours complet d'accouchements
1878 p. 442.
- MOREAU. — Traité d'accouchements. Paris 1840.
- MILES. — The forceps in difficult breech deliveries.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et
de celles qui sont accouchées. Paris 1681, tome I, livre II,
page 207 et suivantes.
- NAEGELÉ ET GRENSER. — Traité pratique de l'art des accou-
chements, traduit par Aubenas, 1880.
- OTTO-KUSTNER. — Présentations du siège et des pieds, leur
danger, leur traitement.

- PAJOT. — Annales de gynécologie, 1882.
- PEU. — La pratique des accouchements. Paris 1694 chap. XI p. 421 et chap. XII p. 429.
- PORTAL. — La pratique de l'art des accouchements. Paris 1685 p. 30.
- POTOCKI. — Mémoire, 1891.
- PUZOS. — Traité des accouchements, Paris 1759, pp. 183 et 189.
- Revue obstétricale, 1890.
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RÖDERER. — Eléments de l'art des accouchements, Paris 1765, traduction française, pp. 333, 339 et suivantes.
- SPIEGELBERG. — Lehrbuch.
- SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements, traduction française de M. de Préville. Paris 1754 p. 325.
- KARL SCHROEDER. — Manuel des accouchements. Traduction Charpentier p. 178.
- STEIN. — L'art d'accoucher.
- STEINFELD. — Arch. für gyn, 1881.
- TARNIER ET CHANTREUIL. — Traité d'accouchements. Paris 1881.
- TARNIER. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article forceps.
- UNDERHILL. — British medical journal, oct. 1879.
- VELPEAU. — Traité complet d'accouchements, p. 331.